RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4303/2020 **ATAS/1180/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 novembre 2021

15ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à CAROUGE, représentée par APAS-association pour la permanence de défense des patients et des assurés	recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE	intimé

Siégeant : Marine WYSSENBACH, Présidente; Anny FAVRE et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1987, s'est vue diagnostiquer une scoliose en 1999. Mariée et mère de trois enfants, nés respectivement les _____ 2008, _____ 2011 et _____ 2013, l'assurée est au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité de vendeuse (2004) et a travaillé à ce titre pour la B_____ du 26 septembre 2004 au 3 décembre 2006 à 100 %, puis à 80 % du 4 décembre 2006 au 31 décembre 2007. Elle a réduit son taux d'activité en raison de problèmes de santé et familiaux.

b. Le contrat de travail de l'assurée a été résilié par l'employeur de celle-ci pour le 31 décembre 2007. L'assurée souffrait alors du dos et d'un point de vue psychologique.

c. L'assurée a été inscrite au chômage dès le 17 janvier 2008 et jusqu'au 16 janvier 2010. Elle était à la recherche d'un emploi à plein temps. Ses recherches d'emploi n'ont pas abouti, l'assurée étant enceinte au début de ses recherches puis jeune mère.

d. À la fin de son droit au chômage, l'assurée a été mise au bénéfice de mesures cantonales de réinsertion et a obtenu un travail de vendeuse à 100 % dans un établissement de la C_____ (C_____) du 15 avril 2010 au 18 octobre 2010. L'assurée a ressenti des douleurs en travaillant au C_____, mais moins que lorsqu'elle travaillait à la B_____, les activités avec des vêtements étant plus légères. Elle n'a pas été engagée à l'issue de ce contrat.

e. L'assurée a également fait un « pré-stage » de quelques jours en vue de commencer une formation d'auxiliaire de santé, qu'elle a suivie par la suite jusqu'à son terme dans un Établissement médico-social (ci-après : EMS) entre le 10 janvier 2011 et le 28 janvier 2011.

f. Dans le cadre de cette formation en EMS, l'assurée s'est rendue compte que le travail d'aide-soignante était plus lourd que ce qu'elle avait imaginé. Elle souffrait du dos. Néanmoins à l'issue de cette formation, l'assurée a adressé le 24 février 2011 une candidature à un EMS pour travailler à plein temps. Sa candidature n'a toutefois pas été retenue.

g. À la fin de l'année 2011, l'assurée a donné naissance à son deuxième enfant, puis en mai 2013 à son troisième enfant. Ces trois grossesses ont aggravé l'état de son dos. Elle n'a plus fait de recherches d'emploi après la naissance de son troisième enfant.

h. Son médecin traitant de l'époque, opposé à une opération chirurgicale du dos, ne lui proposait que des injections et de la physiothérapie qui ne la soulageaient pas.

i. En novembre 2017, l'assurée a décidé de consulter un autre médecin. Elle a été vue par le Dr D_____ lequel l'a immédiatement adressée aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) en s'étonnant que la patiente n'ait pas été opérée plus tôt.

j. Le 9 avril 2018, l'assurée a subi une opération de spondylodèse aux HUG en raison de dorsolombalgies sur scoliose idiopathique à double courbure. Depuis cette intervention, l'assurée ressentait des douleurs lombaires bien qu'elle était « désormais droite ». L'intervention a évité des aggravations possibles de son état de santé aux niveaux pulmonaire et cardiaque. La recourante a regagné son domicile le 25 avril 2018.

B. **a.** L'assurée a demandé des prestations de l'assurance-invalidité (mesures professionnelles / rente), par formulaire du 12 janvier 2018, reçu par l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) le 15 janvier 2018. Elle a listé sous « 5.4 activités lucratives » les activités qu'elle avait exercées avant sa demande et inscrit sous « 5.5 activités non lucratives » femme au foyer. Elle souffrait de problèmes de dos, de troubles dépressifs récurrents et de migraines.

b. Le 18 janvier 2018, l'OAI a retenu que l'assurée avait un statut de femme au foyer dans la mesure où elle n'avait plus exercé d'activité professionnelle depuis la naissance de son premier enfant en 2008.

c. Selon les pièces médicales obtenues par l'OAI, il s'avère qu'après la troisième grossesse de l'assurée, les douleurs dorsales de cette dernière étaient devenues progressivement insupportables avec l'apparition de nouvelles douleurs au niveau thoracique, devenues prépondérantes (rapport des docteurs E_____ et F_____ du 1er mars 2018).

d. L'incapacité de travail médicalement attestée était de 100 % dès le 6 novembre 2017 en raison des atteintes somatiques (rapport du Dr D_____ du 30 mai 2018).

e. Dans un rapport du 2 octobre 2018, le service médical de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a retenu que l'atteinte à la santé motivant des limitations fonctionnelles durables était des dorso-lombaires sur scoliose idiopathique à double courbure opérée en avril 2018 justifiant une incapacité de travail depuis novembre 2017.

f. Le 21 janvier 2019, la patiente souffrait encore, malgré l'opération de 2018, d'une radiculopathie douloureuse S1 à gauche, corrélat d'une hernie discale paramédiane L5-S1 traitée par des infiltrations.

g. Dans un rapport du 2 avril 2019, le SMR a rappelé que le Dr D_____ notait une aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis septembre 2018 avec l'apparition de la protrusion discale L5-S1 ; un traitement à base d'Irfen, de Tramal, de Dafalgan, et d'Inderal pour la migraine était en cours ainsi que de la physiothérapie. L'état de santé n'était pas stabilisé sur le plan dorso-lombaire. Le SMR proposait dès lors d'interroger les médecins en août 2019 puis, la situation n'ayant pas été stable en août 2019, il a renvoyé sa demande de renseignements en janvier 2020.

h. Le 22 janvier 2020, l'assurée a subi une intervention de chirurgie élective en raison d'un diagnostic de lithiase vésiculaire symptomatique.

i. L'OAI a mis en œuvre une enquête ménagère, laquelle s'est déroulée au domicile de l'assurée, puis par téléphone, le 24 août 2020. Il ressort du rapport d'enquête que l'assurée s'était arrêtée de travailler pour s'occuper de ses enfants et de la gestion des tâches ménagères, à la suite de la naissance de son premier enfant et d'une période de chômage. Sans handicap, elle n'aurait pas fait de recherches d'emploi car « elle ne se voyait pas gérer un emploi parallèlement à sa charge familiale (gestion de 3 enfants) ». Son époux réalisait un salaire de CHF 5'300.- par mois et les charges de la famille étaient composées du loyer de CHF 1'460.- et des primes d'assurances complémentaires des enfants de CHF 80.- par mois, de la prime de l'épouse de CHF 250.- et de celle de l'époux de CHF 100.-. La famille recevait des subsides pour les assurances de base et une aide pour le logement de CHF 458.- par mois. Les trois enfants et l'époux ne mangeaient pas à domicile à midi mais étaient présents le soir, sous réserve de l'époux qui était uniquement présent trois à quatre fois par semaine.

C. **a.** Par projet de décision du 21 septembre 2020, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée, sur la base d'un empêchement pondéré de 15.60 %, en retenant un statut de ménagère à plein temps.

b. Le 21 octobre 2020, l'assurée s'est opposée à ce projet en exposant avoir arrêté de travailler pour des raisons de santé et non des raisons de convenance personnelle. L'assurée avait cherché du travail depuis son licenciement et s'était formée. Elle estimait qu'un statut d'active aurait dû être retenu. Elle souhaitait une comparaison des revenus dans la mesure où le SMR et les médecins entendus retenaient une incapacité totale de travailler dans son activité habituelle.

c. Par décision du 17 novembre 2020, l'OAI a confirmé son projet de décision en retenant le statut de ménagère à plein temps, en se fondant sur les déclarations de la première heure et l'enquête ménagère pour nier le droit à une rente d'invalidité à l'assurée, dont l'époux pouvait apporter son aide au ménage.

D. **a.** Par acte du 18 décembre 2020, l'assurée a recouru à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS) contre la décision du 17 novembre 2020. Elle a conclu, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision contestée et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. À titre subsidiaire, elle sollicite le renvoi de la cause à l'OAI.

b. Dans sa réponse du 16 février 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours. La recourante n'avait travaillé que six mois en 2010 après la naissance de son premier enfant et n'avait pas eu d'emploi par la suite. Le statut de ménagère était fondé.

c. Le 25 mai 2021, la recourante a répliqué et précisé que lors de sa demande, ses enfants étaient âgés de 12, 9 et 7 ans, de sorte que sans l'atteinte à la santé elle aurait pu travailler à plein temps. Son psychiatre, dont elle joignait un rapport à sa réplique, retenait plusieurs diagnostics antérieurs à la décision attaquée et une incapacité complète de travailler dans une activité de vendeuse mais d'une possible

reprise à 50 % dans une activité adaptée, après une amélioration ou une stabilisation sur le plan psychique, qui n'était pas acquise. C'était à tort que l'OAI n'avait pas instruit la cause sur le plan psychique.

d. La pièce médicale jointe à la réplique a été soumise au SMR qui a estimé que cela ne remettait pas en cause ses conclusions au sujet de l'aspect psychique. Les symptômes anxieux et dépressifs évoluant depuis 2018 ne présentaient pas l'intensité suffisante pour justifier un trouble séparé qu'il aurait fallu instruire. Le trait de personnalité limite quant à lui n'avait pas empêché l'assurée de faire un certificat fédéral de capacité, de travailler et d'élever des enfants. L'assurée n'avait dès lors pas de limitations en lien avec ce trouble.

e. L'OAI a conclu au rejet du recours en s'appuyant sur l'avis du SMR dans sa duplique du 15 juin 2021.

f. Par courrier du 7 juillet 2021, la recourante a contesté l'avis du SMR émis par un médecin spécialisé en médecine générale et non psychiatre.

g. Lors de son audition par la chambre de céans 12 octobre 2021, la recourante a expliqué pourquoi, sans atteinte à la santé, elle aurait exercé une activité à plein temps. Elle a notamment indiqué qu'elle et l'enquêtrice avaient eu du mal à se comprendre. Elle ne lui avait pas dit qu'elle avait arrêté de travailler pour s'occuper de ses enfants mais avait demandé à l'enquêtrice comment elle aurait pu travailler alors qu'il lui était déjà difficile de s'occuper de ses enfants en raison de ses problèmes de santé. Sans ceux-ci, elle travaillerait pour offrir une vie meilleure à ses enfants. Aujourd'hui, elle était dépendante de son mari et devait lui demander de l'argent pour acheter la moindre chose. Son époux travaillant comme cuisinier avec des horaires irréguliers, elle pourrait travailler à plein temps comme lui. Ses belles-sœurs vivant en face de chez elle et étant très disponibles, elle pourrait compter sur elles pour l'aider pour la garde des enfants. Elle a également indiqué avoir été initialement admise dans un programme intégratif des HUG (physiothérapie, ergothérapie et psychothérapie), puis rejetée en raison de ses problèmes psychiatriques.

h. L'intimé a pris position sur le procès-verbal d'audience le 26 octobre 2021 et a persisté dans ses conclusions.

i. La recourante a confirmé que le courriel du Dr SAUNIER au dossier était entier.

j. La cause a été gardée à juger après les échanges d'écritures.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000

(LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté dans les formes et délai prescrits, le recours est recevable.

3. Le litige a trait au statut de la recourante, singulièrement sur le point de savoir si la recourante, sans atteinte à la santé, aurait exercé une activité lucrative à plein temps, et subsidiairement, sur la question de savoir s'il existe une atteinte psychique avec répercussions sur la capacité de travail de la recourante.

4. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain, toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation (art. 7 al. 1 LPGA).

5. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

6. Selon l'art. 28a LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Le Conseil fédéral fixe le revenu déterminant pour l'évaluation de l'invalidité (al. 1). L'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (al. 2). Lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'al. 2 pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative ou du travail dans l'entreprise du conjoint et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées ; le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activités (al. 3).

7. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

8. **8.1** Lorsque la personne assurée se consacre à ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique. Le degré d'invalidité résulte de la comparaison des activités qu'elle déployait avant d'être atteinte dans sa santé avec celles qu'elle est encore capable d'exercer après les efforts que l'on peut raisonnablement exiger d'elle. On présume qu'il n'y a généralement pas d'empêchement dû à l'invalidité

lorsqu'elle est encore active dans le ménage et exécute, au moins partiellement, les tâches qui en découlent. Cette présomption peut être renversée s'il est établi qu'elle travaille au-delà de ce qui est raisonnablement exigible ou s'il ressort du dossier qu'elle fait exécuter par des tiers la plupart des travaux qu'elle ne peut pas effectuer. Dans ce contexte, l'invalidité d'un conjoint aggrave celle du conjoint qui était déjà invalide dans la mesure où celui-ci ne peut plus compter sur une aide lui permettant de compenser son handicap (Michel VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, n. 107, p. 460).

L'incapacité de travail et l'incapacité d'accomplir ses travaux habituels sont deux notions qui, même si elles se recoupent en partie, doivent être différenciées. Aux termes de l'art. 6 LPGA, l'incapacité de travail se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir, dans sa profession ou dans son domaine d'activité, le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. Pour une nettoyeuse professionnelle, elle s'évalue donc au regard de son inaptitude à effectuer les tâches de nettoyage proprement dites (passer l'aspirateur, entretenir les sols, nettoyer les vitres, épousseter, etc.). En revanche, l'incapacité d'accomplir les travaux habituels (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA) s'évalue différemment. Elle se fonde non seulement sur l'inaptitude de l'assurée à effectuer les tâches de nettoyage proprement dites, mais également sur l'empêchement à réaliser tous les autres travaux usuels et nécessaires à la tenue d'un ménage, tels que, notamment, la préparation des repas, les emplettes, l'entretien du linge ou les soins aux enfants (cf. Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales [ci-après : l'OFAS] concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité [CIIAI], p. 65, n. 3084 ss). La tenue d'un ménage privé permet, par ailleurs, des adaptations de l'activité aux problèmes physiques qui ne sont pas nécessairement compatibles avec les exigences de rendement propres à l'exercice similaire dans un contexte professionnel (arrêt du Tribunal fédéral I 593/03 du 13 avril 2005 consid. 5.3). À ces éléments s'ajoute également le fait qu'au titre de son obligation de réduire le dommage (art. 7 al. 1er LAI), la personne assurée est notamment tenue d'adopter une méthode de travail adéquate, de répartir son travail en conséquence et de demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références citées).

Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce que l'on peut attendre de ceux-ci, si la personne assurée n'était pas atteinte dans sa santé (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 déjà cité et I 681/02 du 11 août 2003). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 257/04 du 17 mars 2005 consid. 5.4.4).

8.2 Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97).

La mise en œuvre d'une enquête ménagère en cas de statut mixte n'est toutefois pas imposée par le droit fédéral (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 99/00 du 26 octobre 2000 consid. 3c in VSI 2001 p. 155). Il n'y a pas lieu de procéder à un acte administratif qu'une appréciation anticipée des preuves désigne clairement comme inutile (arrêt du Tribunal fédéral 9C_103/2010 2 du septembre 2010).

9. Il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. Une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles (VSI 2004 p. 136 consid. 5.3 et VSI 2001 p. 158 consid. 3c ; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005). Toutefois, en présence de troubles d'ordre psychique, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (VSI 2004 p. 137 consid. 5.3 déjà cité).

10. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des moyens de preuve disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2 ; ATF 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2 ; ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 125 V 351 consid. 3a).

11. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics

médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et corresponde aux indications relevées sur place. S'il est conforme à ces exigences, le rapport d'enquête a entière valeur probante. Le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes. Cette retenue découle en particulier du fait que la personne chargée du rapport d'enquête bénéficie de connaissances spécialisées et est plus proche des circonstances concrètes du cas d'espèce que le tribunal compétent en cas de recours (ATF 130 V 61 consid. 6.2).

12. Pour résoudre la question litigieuse du statut de l'assuré, il faut se référer à l'ensemble des circonstances personnelles, familiales, sociales, financières et professionnelles du cas d'espèce (ATF 130 V 393 consid. 3.3, p. 395 ss ; ATF 125 V 146 consid. 2c, p. 150 et les références). Cette évaluation doit également tenir compte de la volonté hypothétique de la personne assurée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 693/06 du 20 décembre 2006 consid. 4.1) établis au degré de la vraisemblance prépondérante, tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b, p. 360 ss.). Elle relève d'une question de fait dans la mesure où il s'agit d'une appréciation concrète des circonstances et non de l'application des conséquences tirées exclusivement de l'expérience générale de la vie (ATF 133 V 504 consid. 3.2, p. 507 et les références).

13. En l'espèce, l'on ne saurait, comme l'a fait l'intimé, retenir que les déclarations de la première heure de l'assurée permettent de retenir un statut de femme au foyer. Au contraire dans le formulaire, l'assurée a listé ses activités lucratives avant d'inscrire à titre d'activités non lucratives les termes « femme au foyer ». Par ailleurs, cet état de fait était le résultat, comme l'assurée l'a toujours exposé au fil de l'instruction, d'une atteinte au dos qui avait été aggravée par les trois grossesses. La recourante a expliqué de façon claire lors de son audition que, sans atteinte, elle aurait travaillé à plein temps. Par ailleurs, elle a fait valoir qu'elle avait recherché du travail après son licenciement de fin 2007 et avait été au bénéfice d'indemnités de chômage durant une période où elle a recherché en vain un emploi à plein temps. À la suite du chômage, elle a suivi des mesures cantonales en vue d'une réinsertion professionnelle et s'est formée dans le domaine des soins. Ces allégués sont corroborés par les pièces au dossier.

Si elle n'a pas retrouvé d'emploi, l'on constate néanmoins qu'elle a démontré avoir eu la volonté, après son licenciement fin 2008 et jusqu'à la naissance de son troisième enfant en 2013, de retrouver un emploi à plein temps et ce, malgré le fait qu'elle était déjà mère de deux jeunes enfants.

Les déclarations reproduites dans le rapport d'enquête ménagère ne sauraient démontrer que la recourante n'avait pas eu l'intention ou n'aurait désormais plus l'intention de travailler sans l'atteinte à la santé. Les explications fournies à l'audience de la chambre de céans à cet égard son convaincantes et fermes. La recourante travaillerait pour elle et pour l'avenir de ses enfants si elle en était capable. Les horaires de travail de son époux et les solutions de garde des enfants, désormais âgés de 11, 9 et 7 ans, lui permettraient de travailler à plein temps conformément à son souhait, en l'absence d'atteinte à la santé.

Il apparaît au degré de la vraisemblance prépondérante que sans l'atteinte à la santé, la recourante aurait travaillé à plein temps.

Le statut retenu par l'intimé ne peut être maintenu.

La décision de l'intimé doit dès lors être annulée.

14. En outre, sur le plan somatique, la scoliose, dont souffre la recourante depuis son enfance, s'est progressivement aggravée selon ses déclarations, notamment après ses grossesses. Cela l'a conduit à consulter le Dr D_____ fin 2017, lequel l'a immédiatement redirigée vers les HUG où elle a été opérée au printemps 2018. L'aggravation décrite par la recourante a été confirmée par ses médecins. Malgré l'intervention de 2018, l'atteinte grave dont souffre la recourante la prive depuis 2017 de toute capacité de travail dans son ancienne activité, comme l'a retenu l'OAI. Il ressort également du dossier que la recourante souffre d'une atteinte psychique dont on ignore la gravité.

Le degré d'invalidité de la recourante ne peut dès lors pas être fixé sans instruction complémentaire de l'administration.

Le dossier sera renvoyé à l'OAI pour qu'il instruise l'éventuelle capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée, si une telle activité existe, établisse le taux d'invalidité et statue dans une nouvelle décision sur la demande de la recourante.

15. Au vu du sort du recours, la recourante a droit à des dépens, lesquels seront fixés à CHF 1'500.-.

16. Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1 bis LAI).

* * * * * *

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision du 17 novembre 2020.
4. Renvoie le dossier à l'intimé pour instruction au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Alloue à la recourante des dépens de CHF 1'500.- à la charge de l'intimé.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Marie NIERMARÉCHAL	Marine WYSSENBACH

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le